Rok L. Kraków, dnia 19. sierpnia 1911. Nr 33

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O błyskawicznem trawieniu białka

podał

E. Pożerski (Paryż).

(Wykład na XI. Zjeździe lekarzy i przyr. polskich w Krakowie).

Przy badaniu działania jakiegoś fermentu proteolitycznego na białko postępuje się zwykle w sposób następujący: Materyał, mający uledz strawieniu, miesza się z rozczynem badanego fermentu i zostawia się kilka godzin w ciepłocie 37°, poczem przez zagotowanie niszczy się własność trawienną, oraz oznacza się ilość białka niestrawionego zapomocą jednego ze zwykłych sposobów, naprzykład przez strącanie kwasem trójchlorooctowym.

Otóż stosując tę metodę do badania własności trawiących papainy na surowe białko kurze, lub surowicę krwi, natrafiłem na wyniki na pozór zupełnie paradoksalne. Mianowicie — ilość białka strawionego po 2 godzinach jest mniejszą, niż po półgodzinnem trawieniu.

Protokół jednego doświadczenia objaśni ten fakt.

Weźmy naprzykład 4 naczynia, zawierające każde 15 cm. sześciennych białka kurzego i 5 cm. sześc. rozczynu papainy Mercka 10%. Wstawmy te naczynia do termostatu przy 39°. Po pięciu minutach jedno z tych naczyń wyjmijmy z termostatu i zagotujmy raptownie płyn w niem znajdujący się. Dodajmy rozczyn 10% kwasu trójchlorooctowego i zagotujmy raz jeszcze. Białko niestrawione ścina się. Można je więc zważyć na sączku papierowym, po zupełnem wyschnięciu. To samo zróbmy z płynem trzech innych naczyń, po 15 minutach, po godzinie i 2 godzinach pobytu w termostacie. Waga białka strawionego w tych czterech naczyniach wydaje się paradoksalną. Suche białko zwykle waży 338 mlg. Po 5 minutach styczności z papainą strawionego białka jest 112 mlg., po 15 minutach tylko 88 mlg., po godzinie 55 mlg. a po dwóch godzinach tylko 49 mlg.

Fakta te są niezrozumiałe. Jak pojąć, że w czwartem naczyniu, w którem, jak w pierwszem, po 5 minutach trawienia było 112 mlg. białka strawionego, jest tylko 49 mlg. strawionych po dwóch godzinach. Czy albumozy lub peptony przez ten czas zamieniły się znowu na białko skrzepliwe? Tłómaczenie takie jest niemożebnem.

Dziwny ten wynik mogłem sobie wytłómaczyć tylko na zasadzie następujących faktów.

1) Papaina w rozczynie 10% wykazuje wielką oporność na ciepłotę 80°, a nawet 90°.

2) Przy ciepłotach tak wysokich (dla działania fermentów) papaina może trawić białko jaja lub surowicze, raptownie, mianowicie w chwili, gdy ulegają one ścięciu w powyższych ciepłotach.

3) W ciepłotach niższych, mianowicie koło 40°, rozczyny białka wywierają działanie niszczące na rozczyny papainy.

Tylko na podstawie powyższych danych możemy wytłómaczyć wyżej wspomnianą pozorną anomalię w działaniu papainy. Mianowicie: Jeżeli papaina w ciągu pół godziny pozostaje w zetknięciu z rozczynem białka kurzego lub surowicy, przy ciepłocie 37°—40°, wówczas z jednej strony ulega osłabieniu jej własność trawienna, z drugiej zaś strony białko nie ulega w owym czasie strawieniu, gdyż fermenty proteolityczne nie trawią białka nieściętego.

Dopiero w końcu doświadczenia, gdy zagotowujemy rozczyn białka, zawierający papainę, trawi ona raptownie część białka.

Ale jeżeli papaina w rozczynie białka stała nie półgodziny, ale 2 godziny, osłabienie jej własności trawiennych jest daleko silniejsze, i przy zagotowaniu końcowem zjawisko raptownego trawienia występuje w stopniu daleko słabszym, tak iż otrzymujemy wrażenie, że w czasie 2 godzin ferment strawił mniejszą ilość białka, niż przez czas tylko półgodzinny.

W istocie zaś w ciepłocie 40° trawienie białka surowego nie zachodzi wcale. Dopiero w końcu doświadczenia, gdy podnosimy ciepłotę, białko ścina się i wtedy ulega trawieniu.

Trawienie to odbywa się w ciągu jednej chwili błyskawicznie.

Protokół doświadczenia pokaże te błyskawiczne trawienia.

Weźmy naczynie z szerokiem dnem, zawierające 15 cm. sześc. białka kurzego i 10 cm. sześc. rozczynu papainy 10%; wstawmy naczynie do wrzącej wody. Rozczyn białka z papainą dochodzi do 80° w 20 sekundach. Wtedy dodajmy 15 cm. sześc. CCl^3COOH 10% i zagotujmy. Widzimy, że w te 20 sekund, trzy czwarte białka były strawione raptownie. Przy 40° papaina musi trawić białko ścięte przez 10 godzin, by dojść do takiego wyniku. Jednem słowem papaina przy 80° trawi przez 20 sekund białko ścinające się tak energicznie, jak przez 10 godzin przy 40°.

W ten sam błyskawiczny sposób można strawić zapomocą papainy w wysokiej ciepłocie kawałki cienko posiekane mięśnia lub jakiegokolwiek narządu.

Gdzie szukać warunków owego błyskawicznego trawienia?

1) W odporności papainy na działanie niszczące wysokich ciepłot (poniżej 100°).

2) W dokładnem zmieszaniu (zetknięciu) fermentu z białkiem w chwili, gdy białko ścina się.

Odporność rozczynów papainy na działanie niszczące wysokich ciepłot zawdzięcza papaina małej zawartości białka własnego zdolnego do ścinania się.

Zauważywszy ten fakt co do papainy, zadałem sobie pytanie, czy inne fermenty proteolityczne, po uwolnieniu od swego własnego białka, nie nabywają własności raptownego trawienia obcych białek.

Poprzednio już wspólnie z Nicollem uczyniliśmy przypuszczenie ogólne, że wszelki ferment, wszelka toksyna, wtedy dopiero zaczynają wykazywać swe działania, gdy same ulegają przedwstępnemu strawieniu (autodigestion préalable). Fermenty i toksyny pierwotne mogą być uważane za białka, których tylko pewna część (jądro) posiada własności trawiące lub trujące. Te właśnie jądra są istotnymi fermentami lub toksynami, które mogą rozwinąć swe działania dopiero wtedy, gdy fermenty lub trucizny pierwotne ulegną dekoagulacyi, to jest gdy ich własne białko zostanie strawione.

Owa hypoteza, co do fermentów, stwierdzona została badaniami nad sokiem trzustkowym.

Sok trzustkowy psa, otrzymany świeżo z przetoki, nie trawi białka obcego. Wówczas sam on zawiera dużo białka zdolnego do ścinania się. Jeżeli ten sok trzustkowy zmieszamy »in vitro« z sokiem jelitowym i zostawimy w cieplarce przy 39°, wtedy nabiera on własności trawienia białek obcych. Ale równocześnie zauważamy znikanie własnego białka, zawartego w owym soku. Sok trzustkowy może więc być uważanym za ferment proteolityczny pierwotny.

Ferment prawdziwy, istotny pojawia się dopiero wtedy, gdy własne białko zniknie. Im mniej owego białka własnego zawiera sok trzustkowy, tem lepiej (energiczniej) trawi białka obce i tem lepiej znosi wysoką ciepłotę.

Gdy nie zawiera już prawie własnego białka, wtedy w ciągu 5 minut, przy ciepłocie 60°, może strawić dość wielką ilość ściętej surowicy końskiej.

Z taką szybkością, jak papaina, sok trzustkowy nigdy trawić nie może, ale przy daleko posuniętem strawieniu własnego białka zdoła trawić bardzo szybko obce białka w wysokich ciepłotach.

Jednem słowem, gdy fermenty proteolityczne pierwotne zostaną pozbawione swego własnego białka, wtedy przeobrażają się w fermenty prawdziwe. Nabierają one wówczas odporności na działanie niszczące wysokich ciepłot i mogą trawić raptownie obce białka przy ciepłotach, które są zabójcze dla fermentów nie strawionych.

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dr L. Popielskiego we Lwowie.

W sprawie fizyologicznego działania wyciągu z przysadki mózgowej

(hypophysis cerebri).

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie Nr 11. 7. III. 1910. Suka 6 kg. wagi. Przecięcie tchawicy. Przecięcie rdzenia kręgowego pod przedłużonym. Sztuczny oddech. Wyciąg wprowadzono do żyły udowej lewej, krew brano z tętnicy udowej lewej, ciśnienie krwi określano w tętnicy szyjnej lewej (tabl. XI.).

W doświadczeniu tem po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadek mózgowych otrzymaliśmy z początku nieznaczne obniżenie ciśnienia krwi, a potem ogromne (prawie $2^1/_2$ razy większe, niż prawidłowo) podniesienie się ciśnienia z charakterystycznem tętnem czynnem. Powtórne wprowadzenie tegoż wyciągu wywołało znaczne obniżenie ciśnienia krwi, zwłaszcza najniższego, które obniżyło się z 80 mm. rtęci do 30 mm., tętno zaś czynne zachowało się, chociaż o charakterze mniej wyraźnym. Wprowadzenie wyciągu z przedniej części przysadek mózgowych wywołało, jak zwykle, obniżenie ciśnienia krwi, a także zniknięcie tętna czynnego. Co do krzepliwości zaś krwi, to po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadek mózgowych pozostała ona w granicach prawidłowych: do wprowadzenia wyciągu krew skrzepła po 16′ 30″, po wprowadzeniu — po 14, 15′, 19′, 13′, 19′; po wprowadzeniu zaś wyciągu z przedniej części krew, wzięta po 40″, skrzepła po 5′ 20″, wzięta natomiast po 30′ skrzepła po 30′.

Ponieważ w piśmiennictwie spotykamy zdanie, że wyciąg z tylnej części przysadek mózgowych wywołuje wzmożenie krzepliwości krwi, myśmy zaś po wprowadzeniu tego wyciągu spostrzegali krzepliwość krwi w granicach prawidłowych, przeto postanowiłem jeszcze powtórzyć te doświadczenia.

Doświadczenie Nr 12. 9. III. 1910. Suka 6 kg. wagi. Wyciąg wprowadzono do żyły udowej prawej, krew brano z tętnicy udowej prawej, ciśnienie krwi określano w tętnicy udowej lewej (tabl. XII.).

O 7 g. ciałka krwi zupełnie osiadły na dno, przyczem w probówkach Nr 2, 3 i 4 są one koloru ciemno-czerwonego, a w probówkach Nr 5 i 6 — jasno-czerwonego, osocze nad nimi koloru blado-żółtego, płynne.

12. III. W dolnej warstwie ciałek krwi daje się zauważyć pewna skłonność do krzepnięcia, osocze płynne bez oznak gnicia.

13. III. We wszystkich probówkach ciałka krwi, stanowiące dolną warstwę, przedstawiają luźny skrzep, osocze nad niemi płynne, nie zagniłe, koloru blado-żółtego.

W tem doświadczeniu po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadek mózgowych nie spostrzegaliśmy, jak zwykle, podniesienia ciśnienia krwi, lecz odwrotnie — obniżenie ciśnienia krwi z bardzo wyraźnem pomimo to tętnem czynnem. Nadto spostrzegaliśmy w danym przypadku tak po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadek mózgo-

TABLICA XI.

Czas	Tętno w 5''	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 6 g. 30'					Wzięto krew do probówki Nr 1.
„ 35'	8	62	38	50	Wprowadzono 10 cm. sz. wyciągu z tylnych części przysadek mózgowych (odpowiada 6·0 świeżych narządów).
„ „ 10''		60	36	48	
„ „ 14''					Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ „ 30''	7	92	70	81	
„ 36'	7	116	80	98	Wzięto krew do probówki Nr 2.
„ 37'	7	138	110	124	
„ 38'	7	146	116	131	Wzięto krew do probówki Nr 3.
„ 39'	7	158	126	142	Fale tętna przybierają cechy tętna czynnego.
„ 40'	6	156	108	132	Wzięto krew do probówki Nr 4.
„ 42'	6	156	106	131	
„ 43'	6	146	96	121	
„ 46'	6	128	80	104	Wprowadzono 10 cm. sz. tego, co i poprzednio.
„ „ 30''	6	70	30	50	Krew w probówce Nr 1 skrzepła (po 16' 30'').
„ 47'	6	60	34	47	Wzięto krew do probówki Nr 5. Tętno czynne mniej wyraźne.
„ 49'	6	78	42	60	Wzięto krew do probówki Nr 6.
„ 50'	6	94	56	75	Krew w probówce Nr 2 skrzepła (po 14').
„ 53'					Krew w probówce Nr 3 skrzepła (po 15').
„ 58'	7	90	60	75	Wprowadzono 15 cm. sz. wyciągu z przedniej części przysadek mózgowych (odpowiada 15·0 świeżych narządów). Ciśnienie krwi podnosi się.
„ „ 7''		114	74	94	Ciśnienie krwi spada.
„ „ 17''	7	40	30	35	
„ „ 20''					Ciśnienie krwi nieco się podnosi.
„ „ 30''	6	74	42	58	Ciśnienie krwi zaczyna się obniżać.
„ 59'	6	52	30	41	
„ „ 40''	6	42	24	33	Wzięto krew do probówki Nr 7.
O 7 g. 50'					Krew skrzepła w probówkach Nr 4 (po 19') i Nr 5 (po 13').
„ 1'	7	42	20	31	
„ 2'	6	44	26	35	
„ 3'	7	54	30	42	
„ 5'	7	58	32	45	Krew w probówce Nr 7 skrzepła (po 5' 20'').
„ 8'	7	64	36	50	Krew w probówce Nr 6 skrzepła (po 19').
„ 28'					Wzięto krew do probówki Nr 8.
„ 58'					Krew w probówce Nr 8 skrzepła (po 30').

wych, jakoteż po wprowadzeniu wyciągu z przedniej części niekrzepliwość wziętej do probówek krwi przez $2^1/_2$ doby, a jeno po $3^1/_2$ dobach powstał skrzep ciałek krwi i to dość luźny, wówczas osocze pozostawało nadal płynne bez żadnych oznak gnicia. Godnem jest uwagi, że po wprowadzeniu wyciągu z tylnej części przysadek mózgowych ciałka krwi były koloru ciemno-czerwonego, a po wprowadzeniu wyciągu z przedniej części — jasno-czerwonego.

Wobec, tego, że ani eterowy, ani wyskokowo-eterowy wyciąg z tylnej części przysadek mózgowych nie zdołał

TABLICA XII.

Czas	Tętno w 5''	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
		Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 5 g. 19'					Wzięto krew do probówki Nr 1.
„ 20'	8	168	92	130	Wprowadzono 10 cm sz. z tylnej części przysadek mózgowych (odpowiada 6·0 świeżych narządów).
„ „ 9''					Ciśnienie krwi obniża się i tętno staje się częstszem.
„ „ 21''	14				Tętno nieco wolniejsze, lecz potem znów przyspieszone.
„ „ 48''		104	78	91	Tętno staje się wolniejszem i występuje charakterystyczne tętno czynne.
„ 21' 8''	7	98	60	79	Ciśnienie krwi szybko się podnosi.
„ „ 11''		126	88	107	Ciśnienie krwi obniża się.
„ „ 30''	6	104	64	84	Ciśnienie krwi podnosi się. Tętno staje się trochę częstszem. Wzięto krew do probówki Nr 2.
„ „ 33''		126	100	116	Ciśnienie krwi obniża się.
„ 22' 20''	8	82	64	73	Ciśnienie krwi podnosi się.
„ „ 23''		104	88	96	Ciśnienie krwi obniża się.
„ 23'	7	82	62	72	Wzięto krew do probówki Nr 3.
„ 24' 30''	7	80	60	70	Wzięto krew do probówki Nr 4.
„ 26'	10	92	78	85	
„ 27' 30''					Krew w probówce Nr 1 skrzepła (po 8' 30'').
„ 29'	8	122	100	111	Tętno przybiera cechy tętna naprzemiennego: po każdej większej fali występuje fala mniejsza o charakterze dwubitnym.
„ 32'	3	158	104	131	Naprzemienny charakter tętna czynnego wybitnie zaznaczony. Wprowadzono 15 cm sz. wyciągu z przedniej części przysadek mózgowych (odpowiada 18·0 narządów świeżych).
„ „ 11''					Ciśnienie krwi obniża się, tętno staje się przyspieszonem, charakter tętna czynnego zatraca się.
„ 33'	14	50	42	46	
„ „ 30''					Wzięto krew do probówki Nr 5.
„ 34'	15	60	42	51	
„ 35'	13	58	40	49	Wzięto krew do probówki Nr 6.
„ 36'	14	56	38	47	
„ 45'					W probówkach Nr 2, 3, 4, 5 i 6 ciałka krwi zaczynają osiadać na dno. Krew we wszystkich probówkach płynna.

wywołać tętna czynnego, postanowiłem spróbować tylko wyskokowego wyciągu, mając jednocześnie na względzie wazohypertensynę Popielskiego, rozpuszczalną, zdaniem Popielskiego, w wyskoku. W tym celu wyciąg n/10-kwasem solnym zagęściłem, obrobiłem 10-krotną ilością 96% wyskoku, przesączyłem, przesącz wyparowałem do sucha, pozostałość rozpuściłem w wodzie i jeszcze raz przesączywszy, użyłem do doświadczenia. Oprócz tego w temże doświadczeniu starałem się zbadać stosunek ciał zawartych w przysadce mózgowej, do kwasu fosforo-wolframowego. (C. d. n.).

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Przy wiewiórze zaleca Mettler wstrzykiwania rozczynów syrgolu (2—3 na tysiąc). (Kor. f. Schw. Ärzte Nr 17). A.

Siarczan atropiny (atropinum sulphuricum) stosuje Schindler (Med. Klin. 1910, 4) w leczeniu wiewióra w celu zapobieżenia powikłaniom, opierając się na tem, że atropina znosi działanie ośrodka obwodowego (plex. hypogastricus), powodującego ruchy automatyczne nasieniowodów, które to ruchy ułatwiają przenoszenie się dwoinek w części głębsze. S. podaje atropinę albo wewnętrznie 2 × dnia à 0·01 lub miejscowo dodaje 1 cm³ 0·1% rozczynu atropiny do płynu wkraplanego do cewki. W ostatnich czasach stosuje atropinę Schick (Wien. klin. Wochs. 1910, 34) w leczeniu wrzodu żołądka, przypisując jej własność zmniejszania wydzielania kw. solnego; podaje się w postaci wstrzykiwań podskórnych à 0·001. N.

Chininę w pęcherzycy stosują z bardzo dobrym skutkiem Berggrath i Leibkind (Müuch. med. Wochs. 1910, 18, 19), podając wewnętrznie 3—4 razy dziennie po 0·5 gr (chinin. hydrochloric.); autorowie ci spodziewają się wyleczyć zupełnie pęcherzycę przez leczenie stałe chininą. Również dobre wyniki opisują Jackson (Monatshefte f. prakt. Derm. 1910, Bd. 50) w zapaleniu skóry (dermatitis exfoliativa), oraz Pernet (ibidem) w łupieżu czerwonym. N.

Kakodylan sodu w dużych dawkach (do 0,1 na kg wagi ciała) poleca Caffrey do leczenia przymiotu. (Semaine med. 1911, Nr 20). A.

Europhen zaleca Pick (Ther. Monatsh. 1910, 4) w praktyce okulistycznej; stosował go z bardzo dobrym wynikiem w wielu przypadkach głębokich ran gałki ocznej, powikłanych zakażeniem (hypopyon, iritis purulenta), oraz we wrzodach rogówki. N.

Chloroform śródżylnie stosuje Giani (Policlinico 1909, 51., Münch. med. Wochs. 1910); używa mieszaniny 0·6 chloroformu w 100 cm³ rozczynu soli fizyologicznego; z tego w pierwszej minucie wstrzykuje 50 cm³, ogółem zaś 1100 do 1500 cm³; po 3 minutach występuje zwykle utrata świadomości i zwiotczenie mięśni; ogółem zużywa się około 6·6—9 gr. chloroformu. Wymiotów po operacyi w takiem uśpieniu niema; G. znajdował ślad białka w moczu bez wałeczków. Materyał kliniczny Gianiego jest jednak za mały, by wyciągać wnioski o użyteczności stosowania chloroformu do śródżylnego usypiania. N.

Chinina, jako środek znieczulający miejscowo, zastosowany w postaci wstrzyknięć podskórnych 1—2% rozczynu »chinini dihydrochlorici carbamidati«, okazuje się nieraz lepszą, niż kokaina — zwłaszcza w operacyach na odbycie (Hirschmann, Lancet-Clinic 1910, Green i Campbell, Journ. of. amer. med. Assoc. 1910). Według Chavannea (Klin. ther. Wochs. 1910, 50) bardzo dobrym okazuje się następujący rozczyn: »Acid. carbolic. 2·0, mentholi 2·0, chinin. hydochloric. 1·5, adrenalin 0·005«. Błona śluzowa gardła n. p. potarta tym rozczynem, blednie szybko i zostaje znieczuloną na czas długi, co pozwala wykonywać bez bolu takie zabiegi, jak n. p. głębokie przyżegania i t. p. N.

Chlor- meta-kresol w rozczynie 0·5% w 70% alkoholu zaleca Laubenheimer (D. med. Wochs. 1910, 4) jako bardzo dobry środek, szybko i pewnie odkażający ręce, przytem nie drażniący skóry i bezwonny. N.

Do odkażania skóry przed operacyą polecają Köng i Hoffmann w miejsce drogiej i drażniącej nalewki jodowej jako środek pewny 5% spirytus thymolowy. »Rp. Thymol. 5,0, alcohol. 95,0«. Tym płynem wyciera się skórę dwa razy, raz 5—10 minut na pewien czas przed operacyą, a potem 2—3 minut tuż przed zabiegiem. (Zblt. für Chir. 1911, Nr 24). A.

Nowości techniczne. 1) Przyrząd do wlewań przy jednakowej zawsze oznaczonej szybkości mechanika Lautscha opisał Straub. 2) Stół operacyjny i do badań, zmieniający łatwo nastawienie, (chory może na nim leżeć także niemal pionowo) podał Schlagintweit. 3) Ssawkę tnącą (Sauginzisor), t. j. narzędzie dozwalające po odciągnięciu powietrza na nacięcie w bańce, podali Kaufmann i inżynier Bing. 4) Maszyna do szycia żołądka i kiszek podług Hültla, działa w ten sposób, że zeszywa daną część ciała zapomocą klamerek za siebie się zahaczających. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 28). K.

Kamforę stosują w ostatnich czasach Höhne (Münch. med. Wochs. 1909, 49) i Hirschel (ibidem 1910 15) w postaci wstrzykiwań do jamy otrzewnej przed większemi operacyami ginekologicznemi w celu zapobieżenia pooperacyjnemu zapaleniu otrzewnej; wstrzykują 30 cm³ 10% olejku kamforowego. Hirschel stosuje ją też w zapaleniach otrzewnej daleko posuniętych w przypadkach straconych: po otwarciu jamy brzusznej i wypuszczeniu ropy, wlewa 100 do 300 cm³ 1% ol. kamforowego, czyści nim całą jamę brzuszną, drenuje następnie i leczy w dalszym ciągu, jak zwykle. N.

Karbenzym, przetwór węgla roślinnego, nasycony trypsyną, znajduje rozległe zastosowanie lecznicze, czyto podany wewnętrznie dla usunięcia fermentacyi w przewodzie pokarmowym, lub n. p. w celu leczenia chorób przewodu pokarmowego (hyperaciditas, tbc. intestinorum i t. p. Rolky, Therap. Monatsh. 1910, 10), czy w postaci zawiesiny, wstrzykiwanej do przetok pooperacyjnych lub do nowotworów złośliwych, nie nadającyh się do operacyi; dobre wyniki ma dawać karbenzym w leczeniu gruźlicy chirurgicznej. Działanie jego polega na tem, iż w zetknięciu z białkiem, trypsyna ma uwalniać się z połączenia swego z węglem i wywierać swe działanie fermentu. N.

Do leczenia nerwobolów zapomocą wstrzykiwania w nerwy alkoholu poleca Passep następujący rozczyn (1—3 cm³) »Rp. Stovain. 1,0, alcohol. (85%) 100,0, tr. jodi. gtts X«. (Arch. f. Psych. u. Nerv. 48. II.). A.

Przy gruźlicy stawów zaleca Hauser wcierania 10% maści jothionowej. (Med. Klin. Nr 26). A.

Skrzywienia boczne kręgosłupa radzi leczyć i poprawiać Fränkel w odpowiednio sporządzonych łóżkach gipsowych. Sposób ten jest o wiele lepszym, pewniejszym i racyonalniejszym od leczenia innego, jak n. p. gorsetem. (Münch. med. Wochs. Nr 27). A.

Przy ostrym napadzie dny radzi Falkenstein znieczulać miejscowo bolesny staw zapomocą podskórnych wstrzykiwań środków znieczulających, zwłaszcza euseminy. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 26). A.

Przy ciężkiej i nawracającej dnie wykonuje Franke z dobrym skutkiem wycięcie chorobowo zmienionej chrząstki stawowej. (Med. Klin. 1911, Nr 29). A.

Kokainę (cocainum hydrochloricum) wstrzykują nadoponowo w celu leczenia rwy kulszowej Caussade-Chauffard i Socques (Journ. d. med. d. Paris 1910; Klin. ther. Wochs. 1910, 5) w dawkach 0·01—0·02; uważając lek ten w ten sposób zastosowany za wyborny środek leczniczy, usuwający bole nieraz po jednorazowem zastosowaniu. W przypadkach przewlekłych należy powtarzać wstrzykiwania (2—3 razy), względnie zwiększyć dawkę w razie silnych bolów do 0·06—0·08. N

Na eukalyptol zwraca uwagę Berliner (Berl. klin. Wochs. 1910, 2) zachęcając do stosowania go w gruźlicy i uważając ten przetwór za środek wprost leczniczy, który nie wywołuje żadnego ubocznego działania. Stosuje go w mieszaninie z mentolem (Rp. Menthol. 10·0 eucalyptol 20·0, ol. dericini 106·0) w postaci wstrzykiwań śródmiąższowych 3—4 razy tygodniowo po 2 cm³. N.

Przy świeżej gruźlicy płuc zaleca Vohryzek wstrzykiwania śródmięśniowe: mentolu (10,0), olejku eukaliptuso

wego (20) i derycynowego (30). (Wien. kl. th. Wochs. Nr 14). A.

Ortotyczne zmiany w ciepłocie, tętnie i białkomocz spostrzegał Engländer u pewnego chorego. Ciepłota, prawidłowa u chorego leżącego, podnosiła się przy chodzeniu zaraz do 38,0, podobnie tętno z 60–80 na 120 i zaraz zjawiało się też białko w moczu. (Tow. med. wewnętrz. Wiedeń, 8. VI. 1911). A.

Przy oddechu Cheyne-Stokesa spostrzegał Goldflam nieraz zmiany w źrenicach, mianowicie w okresie bezdechu zwężanie się, a rozszerzanie się z chwilą powrotu oddechu. (Med. i Kron. lek. Nr 29). A.

Bromural podają Josephson (Allg. med. Zentr.-Zeit. 1910, Nr 5), oraz Schäfer (Fortschr. d. Med. 1910, 23) z dobrym skutkiem w różnych przypadłościach nerwowych, jak bolach i zawrotach głowy, bezsenności, biciu serca, nerwicach serca i naczyń, neurastenii i t. p. Heinicke (Ther. Rundsch. 1909, 44) spostrzegał szybkie i skuteczne działanie tego środka w chorobie morskiej, stosując dawki: 0·30, a po pół godzinie 0·15. N.

Atoksyl próbował Mendel (Ther. d. Geg. 1910, 2) zastosować w chorobie Basedowa nie bez skutku; stosował go w kombinacyi z jodkiem sodowym do wstrzykiwań śródżylnych w dawkach rosnących (Rp: Atoxyl. 1·0; natr. jodat 4·0; aq. dest. ad 20·0) 2 cm³ jednorazowo 2 × tygodniowo; po tem leczeniu następowała znaczna poprawa stanu chorobowego, objawy zaś ustępowały. N.

Nadmanganian wapniowy (calcium permanganicum) stosuje Stephens (Brit. med. Journ. 1910, 2576) w przewlekłych schorzeniach żołądka i jelit w dawce 0·015 gr 3 × razy, oraz w zatruciu ołowiem, środek ten działa w przypadkach, w których leczenie bizmutem pozostaje bez skutku, usuwając w przeciągu 2—3 tygodni objawy zatrucia. N.

Wyciąg paprotki samczej (extr. filicis maris) może być stosowany nietylko przeciw tasiemcowi przewodu pokarmowego, lecz także i przeciw innym pasorzytom, osiedlającym się w innych narządach. Dianoux (Klin. ther. Wochs. 1910), rozpoznawszy w jednym przypadku bąblowca (cysticercus) ciałka szklistego, zastosował wyciąg paprotki; podawał mianowicie codziennie 3–4 razy po 0·50 wyciągu i zauważył, że po 2 tygodniach bąblowiec stracił ruchy i zaczął zanikać; po 70 dniach leczenia znikł pasorzyt zupełnie. Ponieważ w tym samym przypadku w czasie leczenia znikły objawy padaczkowe, sądzi D., że znajdował się również i w mózgu bąblowiec, który został zniszczony wyciągiem paproci. Dr Nowaczyński.

Chininę zewnętrznie w zimnicy stosuje Pelty (Practical. med. 1910, Nr 10) w tych razach, kiedy podawanie wewnętrzne napotyka na trudności (w praktyce dziecięcej); używa w tym celu rozczynu 1 cz. »chinin. bisulphurici« w 4 cz. gliceryny; jednorazowo stosuje 4–8 gr rozczynu; przedtem oczyszcza skórę wodą: wyniki, jak podaje, były takie same, co przy wewnętrznem podawaniu. N.

Bolus alba sterilisata. Zweifel (Münch. med. Wochs. 1910, str. 1787) ostrzega przed używaniem glinki nie jałowej, z powodu, iż środek ten zawierać może często zarazki n. p. tężca lub duru i użyty czy to jako zasypka przy ropieniach pępka u noworodków, czy wewnętrznie, może wywołać groźne następstwa (kilka przyp. tężca przyrannego u noworodków po zażyciu glinki spostrzegał sam Zweifel). Przetwór wyjałowiony powyższej nazwy wprowadza w handel firma Mercka w Darmstadzie. N.

Garbnikan chininy poleca Berliner (Münch. med. Wochs. 1910, p. 360) w krztuścu w postaci maści stosowanej do wnętrza nosa (endonasal): 1—2·5 chininy, 10,0 łoju; z tego wkłada się do nosa głęboko kawałeczek wielkości grochu i układa się dziecko na plecach, by umożliwić spływanie maści do tylnych części gardła; zabieg powtarza się 3—4 razy dziennie. N.

Koryfina znajduje obecnie rozległe zastosowanie lecznicze w różnych schorzeniach nosa, gardła, krtani, ucha i t. p. Baumgarten (Med. Klin. 1910, 44) stosuje ją z domieszką anestezyny lub cykloformu (1·0: 20·0 koryfiny) w gruźlicy krtani w postaci pędzlowań; dolegliwości przy połykaniu wkrótce znikały. N.

Przy uporczywych wymiotach ciężarnych zaleca Robinson podać adrenalinę (1: 1000) 10 kropli. (Münch. med. Wochs. Nr 18). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 30. V. 1911.

1) Lustgarten przedstawia chorego 11-letniego, który zgłosił się po raz pierwszy w roku 1907. Na kilka tygodni przedtem niepewność w chodzie; nieco później zjawił się zez i trzęsienie całem ciałem. Badanie wykonane wówczas i w r. 1909 stwierdziło: Zez zbieżny, znaczniejszy na oku prawem. Nystagmus verticalis. Prawy n. twarzowy może nieco słabszy. Mowa zamazana. W kończynach górnych nieco hypotonii; po str. prawej wybitniej. Odruchy, zwłaszcza m. trójgłowego po str. prawej słabsze. Ślad bezładu w kończynie prawej. Odruchy kolanowe równe, achillesowy lewy żywszy. Noga lewa w skręceniu na zewnątrz. Chód bardzo niepewny, bezładny. Od szeregu miesięcy zupełnie nie chodzi, zniedołężniał umysłowo. Badanie stwierdza obok zmian dawnych: Wybitny zanik nerwów wzrokowych. Mowa wyraźnie skandowana. Bezład ręki prawej nader wybitny. Odruchy brzuszne zniesione. Objaw Babińskiego i drganie padaczkowate stóp po stronach obu, stanów skurczowych brak. Siła mięśniowa kończyn bardzo mała. Chory tylko chwilę o własnych siłach może ustać, poczem pada w tył. Prelegent przypuszcza **guz w jamie czaszkowej,** podnosi jednak szereg objawów, przemawiających za stwardnieniem rozsianem.

W dyskusyi oświadcza się Rydel przeciw stwardnieniu, przeciw czemu przemawia wiek chorego, symetrya zmian, brak wszelkich objawów ze strony narządu moczowego. Uderzające jest padanie w tył, tak charakterystyczne dla spraw móżdżkowych. — Piltz podnosi, że stwardnienie rozsiane nie mogłoby trwać lat tyle, bez zaznaczenia choćby drżenia przy ruchach; przeciw guzowi przemawiałby brak wszelkich innych objawów ucisku i zwiększonego ciśnienia, które doprowadzając do zaniku nerwów wzrokowych, nie dały ani śladu bolów głowy, wymiotów i t. d. Przeciw guzowi tylko w móżdżku przemawia zniedołężnienie umysłowe. — Rydel nie sądzi, żeby niezgodność objawów przeczyła rozpoznaniu guza, o ile się przyjmie, że guz wzrastał powoli w podatnej czaszce młodego osobnika, że jednak dla wytłomaczenia wszystkich objawów należałoby przyjąć mnogość ognisk nowotworowych (n. p. gliomatosis).

2) Landau przedstawia 42-letniego chorego, który poprzednio nigdy nie chorował, kiły nie przechodził, alkoholu używał miernie. Obecna choroba od 7 miesięcy; szybki upadek sił, chory prawie nie mógł chodzić, rękami ruszał z trudnością, w kończynach miał uczucie mrowienia i chodzenia szpilek pod skórą. Badanie z 23. III: Zupełny brak odruchów w zakresie kończyn górnych i dolnych przy dobrze zachowanych ruchach czynnych i sile; ślad bezładu w kończynach górnych, wybitny natomiast w kończynach dolnych, drżenie palców, silne chwianie się przy zestawionych nogach, większe przy zamkniętych oczach,

chód wybitnie bezładny, zaburzenia czucia bez określonego rozmieszczenia. Przy powtórnem badaniu d. 27. V. znaczna poprawa w chodzie, w którym bezładu prawie niema, objawu Romberga brak. Zniesienie odruchów w kończynach górnych i dolnych utrzymuje się. Prelegent przypuszcza: **tabes acutissima, Schaffer**.

W dyskusyi podnosi Rydel, że za wiądem przemawia tylko zniesienie odruchów, przeciw brak objawu Argyll-Robertsona, brak jakichkolwiek przełomów, parestezyi lub typowych zaburzeń czucia, wreszcie i brak kiły w wywiadach. W pewnym przypadku, również po nagłym początku spostrzegał mowca kombinacyę wiądu z obustronnem porażeniem twarzy; po pewnym czasie sprawa poczęła się cofać, tak że musiano zmienić rozpoznanie w kierunku zapalenia wielu nerwów. Przedstawiony przypadek okazuje tu pewne analogie. — Landau podnosi, że zapalenie nerwów odrzucił dla braku gorączki, dla braku bolesności pni nerwowych i osłabienia siły, mimo wybitnego bezładu, objawu Romberga i zupełnego zniesienia odruchów. Przyznaje jednak, że wobec braku kiły w wywiadach i ujemnego wyniku odczynu Dungerna, wobec braku objawu Argyll-Robertsona i zmian na dnie oka, a natomiast przy niewątpliwem nadużywaniu alkoholu należy się raczej skłonić do rozpoznania **pseudotabes alcoholica.**

3) Landau przedstawia 51-letniego J. P., chorego od lat trzech. Zrazu pojawiły się darcia w łokciu prawym, poczem osłabła ręka prawa w ramieniu i łokciu, pojawiły się w niej zaniki. W rok później takie same objawy i po stronie lewej, jednak mniejszego stopnia. W obu rękach uczucie psztykania i latania czegoś pod skórą. Równocześnie osłabienie nogi prawej, z podobnemi dolegliwościami podmiotowemi. — Badanie: Nerwy czaszkowe bez zmian. Przy ustawieniach krańcowych gałek ocznych, drobne, powolne drżenie. Kończyny górne zwisają wiotko. Obie łopatki odstają. Ruchy czynne ograniczone w stawach ramieniowych, daleko bardziej w stawach łokciowych, bardzo nieznacznie w nadgarstkowych, po str. prawej więcej, niż po lewej. Ruchy palcami sprawne. Odruchy zniesione. Zaniki w zakresie mm. nad- i podgrzebieniowych łopatki, m. naramiennego, dwugłowego i ram. wewn. znacznie większe po str. prawej. Drżenie włókienkowe. Odczynu zwyrodnienia, a nawet obniżenia pobudliwości na prąd elektryczny niema. — Odruchy brzuszne i mosznowe zachowane. Wzmożenie odruchów kolanowych i Achillesowych, po str. prawej wybitniejsze, objaw Babińskiego po prawej. Wyraźniejszych zaników niema. Czucie bez zmian — Ten obraz kliniczny nie odpowiada dokładniej żadnej znanej jednostce chorobowej. Przeciw »sclerosis lateralis amyotrophica« przemawia bardzo powolny rozwój choroby, rozpoczęcie się objawów od pasa barkowego i ramienia, a nie od drobnych mięśni rąk, brak zupełny przykurczeń, a nawet zniesienie odruchów w kończynach górnych, brak zupełny objawów opuszkowych i odczynu zwyrodnienia. — Przeciw »amyotrophia spinalis m. progressiva«, nawet w razie przyjęcia typu łopatkowo ramieniowego Vulpiana-Bernharda, przemawiają znowu wzmożenie odruchów i objaw Babińskiego w kończynach dolnych, brak odczynu zwyrodnienia. Najbardziej zbliża się cały obraz do **poliomyelitis anterior chronica.** Za tem przemawiają: późny wiek chorego, rozpoczęcie się sprawy od osłabienia, do którego dopiero po kilku miesiącach przyłączyły się zaniki; zatrzymanie się sprawy od roku, pojawienie się pierwszych zmian w pasie łopatkowo-barkowym Z typowym obrazem koliduje tu wzmożenie odruchów kolanowych i objaw Babińskiego po str. prawej. Prawie wszyscy jednak autorzy przytaczają, że obok zmian w przednich rogach, spotyka się w tej chorobie stale zmiany drobne ogniskowe w białej substancyi rdzenia, a stąd tłomaczyć się może wzmożenie odruchów i objaw Babińskiego. Dziwnym pozostaje brak zupełny zaburzeń elektrycznych, mimo wyraźnego drżenia włókienkowego.

W dyskusyi tak Piltz, jak i Rydel zgadzają się z rozpoznaniem, o ile można wyłączyć kiłę. — Prelegent dodaje, że odczyn Wassermanna wypadł ujemnie.

4) Jasieński przedstawia chorego L. Z., l. 24, rolnika, który zgłosił się ze skargami hypochondrycznemi, przy badaniu przyznał się zaś do sodomii. Chory od wczesnej młodości cierpi na myśli natrętne, od szeregu zaś lat oddaje się sodomii ze zwierzętami. Stwierdzono: znacznego stopnia niedorozwój, czaszkę asymetryczną, różnice w inerwacyi nerwu twarzowego, uszy odstające o płatkach przyrośniętych, dość znaczne wole, twarz blada, o wyrazie tępym. Prawie takie same znamiona degeneracyjne stwierdzono u ojca, 60-letniego alkoholika. Chory jest rozmowny, dobroduszny, zachowanie zresztą głuptaka (imbecillitas).

W dyskusyi podnosi Piltz wspólność cech degeneracyjnych u ojca i syna, zwraca uwagę, że cechy psychiczne przemawiają stanowczo przeciw otępieniu przedwczesnemu, a za **wrodzoną tępotą.** Czy w danym przypadku sodomia jest objawem wyrosłym na tle zwyrodnienia i tępoty, czy też wrodzonym popędem chorobliwym, rozstrzygnąć nie można.

Stosunek redakcyi do autorów.

W »Medycynie i Kronice lek.« (Nr 31) pomieścił Dr Józef Zawadzki artykuł w tym przedmiocie, z którego przytaczamy najważniejsze ustępy:

»Sprawa stosunku redakcyi do autorów i odwrotnie była omawiana niejednokrotnie w łonie różnych Towarzystw dziennikarskich. Na szczerym wzajemnym stosunku oparte zasady wychodzą zawsze na korzyść stron obu, to też skwapliwie zgodziłem się na propozycyę Sekcyi prasowej Zjazdu, aby rzecz tę opracować i ująć w ramy regulaminu, który po dyskusyi na łamach pism naszych mógłby wejść w życie. Chodziło mi w tej sprawie o dwie rzeczy główne: o wskazanie, czego redakcya ma prawo oczekiwać od swych współpracowników, i jak zabezpieczyć autora od samowoli redakcyjnej. Nie moją rzeczą jest osądzić, o ile oba te zadania wyczerpane zostały; szczegółowa i szczera dyskusya w łonie komitetów redakcyjnych oraz między autorami i redakcyami na łamach pism naszych powinna wyrównać ewentualne braki.

W pierwszych artykułach należało przedewszystkiem określić prawa redakcyi co do przyjmowania lub odrzucania artykułów, oraz wypadało ustalić zasadę, jak daleko sięga odpowiedzialność redakcyi za treść artykułu naukowego. Zdawało nam się najodpowiedniejszem uznać zasadę wolności poglądów z zastrzeżeniem prawa redakcyi do zrobienia przypisku, o ile rzecz nie odpowiada jej przekonaniom lub jest wątpliwa. Z drugiej strony należało zabezpieczyć prawa autora do szybkiego zwrotu nieprzyjętych artykułów i możności ogłoszenia ich w innem piśmie.

Również ważną dla autorów sprawą jest sprawa pierwszeństwa. Redakcya, mimo chęci, ze względów technicznych nie zawsze może drukować artykuły według czasu nadesłania, grupować bowiem musi materyał, dobierać treść, — niepodobna jednak, aby to szkodzić mogło w czemkolwiek interesom autora; jedynem wyjściem jest podanie w końcu artykułu daty złożenia go w redakcyi, spór o pierwszeństwo może być wtedy rozstrzygnięty zupełnie.

Wielu autorów, jak dowodzi praktyka codzienna, lekceważy sobie nawet własną pracę, artykuły pisane są na skrawkach, po obu stronach, bez marginesów, kreślone, poprawiana kilkakrotnie, tak, że na poprawki redakcyjne niema już miejsce. Redaktorzy tracą wzrok przy poprawianiu rękopisów, zecerzy czas drogi na składanie niewyraźnych artykułów, redakcya nigdy nie zdoła, szczególniej w mniej znanych nazwiskach lub cyfrach, przeprowadzić dokładnej korekty. Sprawę tę już oddawna należało postawić na porządku dziennym i ustalić pewne zasady. Zasady są proste. Najdogodniejszą formą dla piszącego lub odczytującego rękopis jest ćwiartka z marginesem, zapisana po je-

dnej stronie, gdyż to ułatwia zecerowi pracę i pozwala na dzielenie rękopisu przy korekcie. Że rękopis powinien być czysto przepisany i czytelny — rzecz chyba nie wymaga objaśnień. Dziś, gdy mamy już maszyny do pisania wszędzie, najlepiej byłoby, gdyby wszystkie artykuły były pisane na maszynie, w każdym zaś razie należy, o ile autor ma charakter pisma nieczytelny, dać je do przepisania. Wtedy słuszne będą narzekania autorów na złą korektę, gdy dziś wina leży wyłącznie na autorach.

Redakcya ma prawo i obowiązek przestrzegania czystości języka, obowiązek ten płynie z czci dla języka i na każdym Zjeździe jest powtarzany jako uchwała. Wiele już na tem polu robiono, warunki jednak bytowania w różnych środowiskach tak zachwaszczają nasz język, że nie dość powtarzać to prawo nieomal w każdym numerze. Przeważnie autorzy nie opierają się temu, często bowiem autor, zwracając uwagę główną na treść, zapomina o formie. Ta forma właśnie jest już dyskrecyonalnem prawem i obowiązkiem redakcyi.

Również do formy zaliczyć należy zwyczaj przeładowywania artykułów cytatami z piśmiennictwa. Wobec szczupłych ram pism naszych sprawa to bardzo ważna. Autor musi pozostawić redakcyi prawo usuwania balastu zbytecznego, tembardziej, że redakcya właśnie jest tym pierwszym czytelnikiem, obeznanym nadto z przedmiotem, który ocenia płód pracy autora. Samemu być sędzią pracy własnej trudno, autor zgodzić się musi, że redakcya, skracając artykuł, czyni to w jego interesie. Wiadomo, że najbardziej poczytne są artykuły krótkie, tylko więc autor niedoświadczony może bezcelowo przedłużać artykuł. Pozostawiając troskę o formę redakcyi, autor nigdy źle na tem nie wyszedł. Tembardziej, że praca skracania nie jest bynajmniej ponętna i że redakcye, o ile mogą, usuwają się od niej.

Po tem krótkiem wyjaśnieniu podaję projekt, odczytany na posiedzeniu Sekcyi. Ożywiona dyskusya w tej sprawie, powtarzam, jest bardzo potrzebna. Ponieważ sekcya włożyła na redakcye obowiązek wydrukowania projektu, zebrać się może poważna wiązanka poglądów.

Projekt zasad wzajemnego stosunku redakcyi i autorów.

1. Przepisy niniejsze, mające na celu uregulowanie stosunku wzajemnego między autorami i redakcyami pism lekarskich polskich, ułożone zostały z zapoczątkowania Sekcyi prasowej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich i przedstawione Sekcyi na posiedzeniu d. 20. lipca 1911 roku.

2. Redakcyom przysługuje prawo przyjmowania i drukowania artykułów według uznania własnego oraz odrzucania artykułów, nie odpowiadających ich wymaganiom ze względu na formę, treść lub język; z uwagi jednak, iż redakcya odpowiada tylko za czystość języka, za treść zaś o tyle, o ile przeczy ona zasadom logiki i nauki, nie należy odrzucać artykułów dlatego tylko, że autor stoi na innem stanowisku, niż ogólnie przyjęto, za treść bowiem wewnętrzną artykułu odpowiada autor. Redakcyi przysługuje prawo zaznaczenia w przypisku, iż nie zgadza się z poglądem autora.

3. Na decyzyę co do przyjęcia lub odrzucenia artykułu pozostawia się redakcyi trzy tygodnie czasu od chwili złożenia artykułu w redakcyi. Brak po tym czasie odpowiedzi ze strony redakcyi oznacza przyjęcie artykułu. Artykuł, nie przyjęty przez redakcyę, ma być zwrócony autorowi w czasie nie dłuższym, niż 4 tygodnie od dnia złożenia go w redakcyi.

4. Za artykuły wydrukowane autorzy otrzymują honorarya według norm, ogłoszonych przez daną redakcyę. Za artykuł, przyjęty przez redakcyę, a nie wydrukowany w piśmie tygodniowem w ciągu 4 miesięcy, a w miesięcznem w ciągu pół roku z przyczyn niezależnych od autora, autor ma prawo żądać, prócz zwrotu artykułu, zwykłego honoraryum autorskiego.

5. Artykuły są drukowane w kolei nadesłania, ponieważ jednak zasada ta niezawsze ze względów techniczno-redakcyjnych może być przestrzegana, zaleca się redakcyom pism lekarskich polskich, aby w końcu każdego artykułu podawały datę otrzymania go w redakcyi, co w zupełności zabezpieczy autorom prawo pierwszeństwa.

6. Zwrot autorom niewydrukowanych artykułów drobnych i streszczeń pozostawia się uznaniu redakcyi, w każdym jednak razie rękopis powinien być przechowywany do zwrotu autorowi w ciągu pół roku.

7. Artykuły, nadsyłane do redakcyi, muszą być pisane czytelnie, na jednej stronie dowolnego formatu, nie mogą być kreślone; artykuły nieczytelne, o ile zostały przyjęte przez redakcyę, przed oddaniem do druku ze względu na korektorów i zecerów należy przepisać na maszynie. Byłoby pożądane, aby wszystkie artykuły, nadsyłane do redakcyi, były przepisywane na maszynie. Prace, z których autorzy życzą sobie mieć odbitki, należy opatrzyć napisem ».... odbitek« w »okładkach« lub »bez okładki«.

8. Redakcyom pism lekarskich wzbrania się drukowanie prac, omawiających działanie środków tajemnych, których skład nie został ujawniony przez autora w danej pracy lub poprzednio. Do rzędu środków tajemnych zaliczyć należy szczepionki i surowice, których przygotowanie autor zachowuje w tajemnicy.

9. Prace, wydrukowane w jednem piśmie lekarskiem polskiem, nie mogą być drukowane w innem w całości, wolno natomiast drukować w pismach tygodniowych skróty i doniesienia tymczasowe z prac, które mają być drukowane następnie w pismach archiwalnych. Wydrukowane poprzednio w języku obcym prace Polaków nie mogą być drukowane w pismach lekarskich polskich w całości, wolno podawać z nich streszczenia, jak z innych prac autorów zagranicznych.

10. Redakcya ma prawo i obowiązek w interesie czystości języka: a) poprawiać nadesłane rękopisy pod względem gramatycznym i stylistycznym, b) wprowadzać do artykułu mianownictwo polskie według ogólnie przyjętego słownictwa, c) zastępować wyrażenia cudzoziemskie swojskiemi, d) tłómaczyć w przypiskach cytaty z autorów obcych, przytoczone w oryginale.

11. Redakcya w interesie czytelników ma prawo skracać nadesłane rękopisy pod warunkiem, by myśl przewodnia artykułu pozostała bez zmiany, a siła argumentacyi autora osłabiona nie została. Wobec tego redakcya ma prawo usuwać: a) fakty, dawno i powszechnie znane z piśmiennictwa, b) opisy przypadków, spostrzeganych codziennie i w niczem nie wpływających na tezę, bronioną przez autora, c) tablice, grafiki, ryciny, rysunki etc., podane przez autora, o ile nie przyczyniają się, zdaniem redakcyi, do wyjaśnienia poruszonej w artykule sprawy lub dostatecznie zostały omówione w tekście.

12. Przepisy powyższe powinny być wydrukowane we wszystkich pismach i powtarzane przynajmniej raz na rok.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo Domu zdrowia uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc bratnia« w Zakopanem wydało sprawozdanie za r. 1910/11, który w dziejach Towarzystwa można nazwać przełomowym. Obchód dziesięciolecia sanatoryum, utrzymywanego przez Towarzystwo, zwrócił na nie wreszcie większą, niż dotąd, uwagę społeczeństwa, co znalazło wyraz w szeregu darów na budowę domu. Dzięki temu fundusz budowy sanatoryum wzrósł do kwoty 87.157 kor., wobec czego Towarzystwo mogło się odważyć na zakupienie własnego domu z 5 morgami gruntu w idealnem położeniu (pod Gubałówką) i na rozpoczęcie budowy pawilonu administracyjnego oraz pawiloniku dla kobiet. Pawilon administracyjny jest tak planowany, aby mógł wystarczyć dla 100 chorych. Jestto liczba najmniejsza, do której zakład dojść powinien, jeśli ma wystarczyć zapotrzebowaniu; dość powiedzieć, że Towarzystwo mogło przyjąć w r. z. do sanatoryum tylko 143 chorych na 321 (trzystu dwudziestu jeden) zgłoszonych. Wśród leczonych 143 było 120 mężczyzn, 23 kobiety; uczniów wyższych zakładów naukowych (wszechnic i akademii) 74, szkół średnich 69; z zaboru austryackiego 69%, z rosyjskiego 28%, z pruskiego 2%. Dni leczenia było 12.758, średni pobyt jednego chorego wynosił 89 dni. Chorzy opłacają za siebie po 3·34 kor. dziennie (jednak tylko zamożniejsi); koszt dzienny utrzymania jednego chorego wynosi 4·15 kor.; gdyby więc nawet wszyscy chorzy mogli za swe leczenie zapłacić, to jeszcze przy obecnej liczbie chorych musi Towarzystwo znaleść pokrycie brakujących 10.280 kor. A przecież większość leczącej się w sanatoryum młodzieży jest niezamożna. Tych kilka cyfr świadczy wymownie, w jak znacznym stopniu zasługuje na poparcie Towarzystwo, które tylko niezmierną wytrwałością i poświęceniem swych kierowników, Dr Żychonia i Dr Kuczewskich, zwyciężało tysiączne trudności i przeszkody, zanim doszło do obecnego, względnie pomyślnego stanu. A jednak dotąd ma Towarzystwo pomimo gorliwych zabiegów ze swej strony tylko 97 członków założycieli i 258 wspierających. Lekarze polscy, powołani w pierwszym rzędzie do przodowania w walce z gruźlicą, powinni ze swej strony gorąco poprzeć sanatoryum Bratniej Pomocy w Zakopanem i przyjść z pomocą dzielnej jego pracy.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 6. VIII. do 12. VIII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 2 † — (— † —), ospy wietrznej 1 † — (— † —), płonicy 18 † 3 (5 † 1), odry 2 † — (— † —), duru brzusznego 4 † — (2 † —), czerwonki 1 † — (— † —), cholery dziecięcej 17 † 17 (— † —), cholery swojskiej — † — (— † —), gorączki połogowej 1 † 1 (— † —), Nagm. zap. opon mózg. — † — (— † —), róży 2 † 2 (1 † 1), tetanus 1 † — (1 † —). Dr Janiszewski.

Z różnych stron. I. południowo-słowiański Zjazd chirurgów odbędzie się, jak już donosiliśmy, w Belgradzie 5 i 6 września b. r. Dotychczas zgłoszono 58 wykładów, z tych 18 z Chorwacyi, reszta z Serbii, Bułgaryi i Bośni. Członkiem Zjazdu może być każdy lekarz. Wkładka wynosi 20 kor. Koleje serbskie przyznały uczestnikom Zjazdu znaczne zniżenie (przejazd tam i z powrotem za 1/4 ceny). Zgłoszenia przyjmuje Dr V. Subbotić w Belgradzie (Beograd, Simina ulica 31).

Zmarli: chirurg Doc. Ziegler w Monachium, chirurg Prof. Ch. Nélaton w Paryżu.

Redakcya otrzymała: Swięcicki: O estetyce w medycynie. Poznań 1911. — Trzebiński: Nieco o problemacie psychofizycznym. »Now. lek.« 1911.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.